

Máster Universitario en Iniciación a la Investigación en Salud Mental

SESGO ATRIBUCIONAL EN PACIENTES TRAS UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

*Departamento de Psiquiatría, Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid,
España*

*Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud
Carlos III, España*

Trabajo Fin de Master

Presentado por:
Aurora García Robles

Dirigido por:
Roberto Rodríguez Jiménez

Tutelado por:
Mónica Dompablo Tobar
Iosune Torío Palmero

VISTO BUENO DEL TUTOR DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER

La Prof.^a Mónica Dompablo Tobar, en calidad de tutora del Trabajo Fin de Máster titulado **“Sesgo atribucional en pacientes tras un primer episodio psicótico: un estudio de casos y controles”**, realizado por Aurora García Robles en el **Máster Universitario en Iniciación a la Investigación en Salud Mental**, informa favorablemente del mismo, dado que **reúne las condiciones necesarias para su defensa.**

Fdo.: Mónica Dompablo Tobar

En Madrid, a 25 de junio de 2019

AGRADECIMIENTOS

A nivel profesional, agradecer al Dr. Roberto Rodríguez-Jiménez y en especial a mi tutora Dra. Mónica Dompablo Tobar por su inestimable ayuda y enseñanzas, sin las cuales hubiese sido muy difícil la realización de este trabajo. Siempre ha estado dispuesta a dedicarme su tiempo y conocimiento, sin duda una gran profesional.

También quiero agradecer a las estudiantes de Psicología Lara y Elia por su colaboración, ayuda y por su compañía.

A todos los profesionales del Hospital Universitario 12 de Octubre que han contribuido de una u otra forma en este trabajo y me han permitido adquirir nuevo conocimiento y experiencia.

A nivel personal, agradecer a mi familia, y en particular a mi marido Alberto, a mis hijos Laura y Alberto, a mi madre Pilar y a mi hermano Roque por su apoyo incondicional. Cada página tiene una parte vuestra.

A mi amiga y compañera de aventuras Laura, porque sin ti este trabajo no hubiese sido el mismo.

Finalmente, a todos los participantes, puesto que sin ellos este trabajo no sería posible.

ÍNDICE

Resumen	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Primer Episodio Psicótico.....	7
Cognición social.....	8
Estilo atribucional (Attributional Bias).....	9
Objetivo e Hipótesis.....	11
Objetivos	11
Hipótesis.....	11
Metodología	12
Muestra	12
Instrumentos de evaluación	13
Procedimiento.....	15
Análisis estadístico	16
Resultados	16
Características Sociodemográficas	16
Resultados AIHQ	18
Resultados Sesgo Hostilidad.....	21
Resultados Sesgo Culpabilidad	21
Resultados Sesgo Agresividad	20
Discusión	22
Conclusiones	24
Bibliografía.....	25
Anexos	29

Resumen

El estilo atribucional es un dominio de la cognición social que implica percibir, interpretar y generar respuestas a las intenciones y conductas de los demás en diferentes situaciones. Este estudio pretende una comparación del estilo atribucional entre un grupo de pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico y un grupo control. El estudio tuvo lugar en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Un total de 39 participantes entre casos y controles respondieron al Cuestionario de Reconocimiento Ambiguo de Intenciones y Hostilidad (AIHQ) además de recogerse los datos sociodemográficos y clínicos. El AIHQ, desarrollado específicamente para paranoia, es un cuestionario de autoinforme sobre eventos negativos que varían en cuanto a la intencionalidad (es decir, situaciones intencionales, accidentales y ambiguas).

Los puntajes de los participantes en el AIHQ variaron significativamente entre las diferentes situaciones (intencional, accidental y ambigua). Parece que los pacientes tienen mayor tendencia a culpar a otras personas por eventos negativos que los sujetos control si se percibe que estos eventos causan un daño accidental. Además de presentar puntuaciones más elevadas en Hostilidad y Agresión ante los diferentes tipos de situaciones. Los resultados encontrados van en sintonía con los obtenidos por otros autores.

Palabras clave: estilo atribucional, cognición social, primer episodio psicótico, sesgo atribucional, AIHQ.

Abstract

The attributional style is one domain of social cognition that involves perceiving, interpreting and generating responses to other's intentions and behaviours in different situations. The aim of this study was to compare the attributional style between a group of patients after a first psychotic episode to a control group. The study took place at the University Hospital 12 de Octubre in Madrid. A total of 39 participants between cases and controls were asked to complete the Ambiguous Intention Hostility Questionnaire (AIHQ), in addition to collecting sociodemographic and clinical data. The AIHQ, specifically developed for paranoia, is a self-report questionnaire about negative outcomes that varied intentionality (i.e., intentional, accidental, and ambiguous situations).

The scores of the participants in the AIHQ varied significantly between the different situations (intentional, accidental and ambiguous). It seems that patients tend to blame other people for negative events than control subjects if it is perceived that these events cause accidental damage. In addition, they present higher scores in Hostility and Aggression for all situations. The results found, go in tune with those obtained by other authors.

Keywords: attributional style, social cognition, first psychotic episode, attribution bias, AIHQ

Introducción

Primer Episodio Psicótico

Un Primer Episodio Psicótico (PEP) puede definirse como la presencia, por primera vez, de sintomatología psicótica definida como la existencia o sospecha clínica (por desorganización conductual, catatonia, etc.) de delirios y/o alucinaciones, independientemente del tiempo de evolución de los síntomas.

En palabras de Ballesteros (2013) el brote psicótico es definido como una alteración grave en el juicio de la realidad que se asocia con la presencia de delirios, alucinaciones y cambios de conducta, que van desde la agitación psicomotora hasta el estupor catatónico.

La reciente publicación de la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, 2013) lo recoge en la nueva categoría diagnóstica titulada “Trastorno del Espectro Esquizofrénico y otros Trastornos Psicóticos”.

Las personas con trastornos psicóticos presentan déficits neuropsicológicos y de la cognición social desde los primeros estadios de la enfermedad. Estas alteraciones se relacionan directamente con el nivel de disfuncionalidad, contribuyen a disminuir la calidad de vida de los pacientes (Lysaker et al. 2004; Pinkham et al. 2003) y a un mayor incremento de violencia (Waldheter et al., 2005).

Cognición social

Actualmente el estudio de la cognición social es uno de los campos de mayor interés en el ámbito de la esquizofrenia. La cognición social puede definirse como el conjunto de operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales y que, por lo tanto, se relacionan con la capacidad para predecir e interpretar la conducta de los otros en los diferentes contextos sociales (Penn et al. 2000).

Aunque la cognición social en individuos sanos ha sido muy estudiada, los dominios en cognición social son amplios, y sólo un conjunto de ellos han sido estudiados en pacientes con esquizofrenia o psicosis (Green et al. 2008). La comunidad científica desde el proyecto SCOPE, ha definido para la investigación en esta área, los dominios de la cognición social, que incluyen, la teoría de la mente, la percepción social, conocimiento social, procesamiento emocional y el estilo atribucional (Green et al. 2005; Pinkham et al. 2003).

En esta línea, se menciona que la cognición social podría tener una mayor influencia que la neurocognición en la funcionalidad, además de poder actuar como una variable mediadora entre ambas (Pinkham et al. 2006).

En consecuencia, la mejora de la cognición social es un importante objetivo de los tratamientos farmacológicos y psicosociales. Así mismo, conseguir un adecuado nivel de funcionamiento se ha convertido en uno de los principales objetivos de la rehabilitación psiquiátrica (Schmidt et al. 2011).

Estilo atribucional

El estilo de atribución se puede definir, de forma general, como la forma en que cada uno explica las causas de los resultados positivos y negativos de los eventos (Pinkham et al. 2003). Es, por tanto, el análisis causal de los eventos de las personas y contiene tres dimensiones (Green et al. 2005).

Siguiendo el modelo reformulado de indefensión aprendida propuesto por Abramson, Seligman y Teasdale (1978), las tres dimensiones identificadas en la atribución causal son, el lugar de la atribución (interno / externo), la estabilidad (estable / inestable) y la globalidad (global / específica). La primera hace referencia al grado en el cual los eventos son atribuidos a sí mismo o a causas externas, tales como otras personas o circunstancias. La segunda, indica el grado en que las causas son persistentes o no en el tiempo. Por su parte, la tercera dimensión se asocia al grado en el cual las causas pueden influir en un amplio rango de situaciones o únicamente afectan a un suceso específico (Abramson et al;1978).

Por lo tanto, el estilo atribucional, que es el dominio de la cognición social explorado en este estudio, ayuda a las personas a dar significado e interpretar los eventos para comprender por qué las personas se comportan como lo hacen en situaciones sociales (Weiten, 2001).

En este ámbito, la investigación en esquizofrenia se ha centrado en los sesgos de atribución de hostilidad o la tendencia de atribuir a otros intenciones hostiles (Combs et al; 2007).

Siguiendo esta línea, se ha reportado que las atribuciones hostiles en la esquizofrenia contribuyen a un peor funcionamiento social (Lahera et al. 2015). Así mismo, la revisión de la literatura sobre el estilo atribucional en estos pacientes ha puesto de manifiesto que el funcionamiento social se ve afectado negativamente cuando las personas perciben los eventos negativos como resultado de factores temporales de los que tienen la culpa (Corrigan y Penn, 2004).

En la esquizofrenia y trastornos psicóticos, el estilo de atribución es una forma de pensar egoísta, en la que las personas se atribuyen los resultados exitosos y niegan la responsabilidad en los resultados desfavorables (Penn et al. 2006). En consecuencia, estos pacientes tienden a percibir a los demás de manera negativa, actúan de manera hostil hacia ellos y desean una mayor distancia social de lo habitual (Addington et al. 1999; Penn 2000; Pinkham et al. 2003). Del mismo modo, estos pacientes, que perciben los eventos como incontrolables, utilizarán estrategias de afrontamiento pasivas, como la evitación, lo que provocará que la persona se aíse socialmente (Kaptein y Weinman 2004; Lysaker et al. 2004).

Por otra parte, autores como Pinkham et al. (2003) reportaron que el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia, tiende a ser mejor si pueden percibir con precisión sus interacciones sociales, que dependen de su cognición social y, en particular, del estilo atribucional.

Objetivos e Hipótesis

Objetivos

- 1.-Comparar el perfil de estilo atribucional en pacientes diagnosticados de primer episodio psicótico con un grupo control.
- 2.-Comparar el sesgo de hostilidad en pacientes diagnosticados de primer episodio psicótico con un grupo control.
- 3.-Comparar el sesgo de culpabilidad en pacientes diagnosticados de primer episodio psicótico con un grupo de sujetos controles.
- 4.-Comparar el sesgo de agresividad en pacientes diagnosticados de primer episodio psicótico con un grupo de sujetos controles.

Hipótesis

- 1.-Existen diferencias significativas en el sesgo de hostilidad frente a situaciones ambiguas, intencionales y accidentales entre pacientes y los sujetos control.
- 2.-Existen diferencias significativas en el sesgo de culpabilidad frente a situaciones ambiguas, intencionales y accidentales entre pacientes y los sujetos control.
- 3.-Existen diferencias significativas en el sesgo de agresividad frente a situaciones ambiguas, intencionales y accidentales entre pacientes y los sujetos control.

Metodología

Muestra

El presente estudio surge de un proyecto multicéntrico y longitudinal más amplio que se está llevando a cabo actualmente en el Hospital Doce de Octubre, PI16/00359 y que fue aprobado por el comité de ética local y se ajusta a las disposiciones de la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito y libremente expresado, de todos los participantes.

La muestra estuvo compuesta por un total de 39 participantes: 19 pacientes que fueron diagnosticados de primer episodio psicótico no afectivo y 20 sujetos control. Pacientes y controles fueron reclutados en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

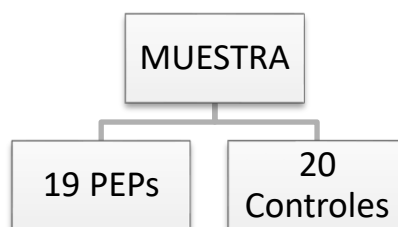


Figura 1. Distribución de la muestra

Los pacientes cumplían criterios diagnósticos DSM-5 para primer episodio psicótico no afectivo (PEPs), según lo establecido por la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-V a través de la SCID-5 (First y cols; 2015). Todos los pacientes recibían tratamiento antipsicótico. Entre los criterios de inclusión se encuentran el mantenerse clínicamente estables (sin ingresos hospitalarios) durante, al menos, los 3 meses previos a la inclusión en el estudio, edad entre 18-45 años, coeficiente intelectual premórbido >70 y hablar correctamente castellano. Entre los criterios de exclusión se incluyeron retraso mental, traumatismo craneoencefálico con

pérdida de conciencia o patología somática con repercusión mental. Los sujetos control incluidos en el estudio no presentaban antecedentes de patología psiquiátrica actual o pasada, así como ausencia de antecedentes de trastorno psicótico o bipolar entre los familiares de primer grado (entrevista Family Interview for Genetics Studies, FIGS). Los criterios de exclusión fueron comunes a los de los pacientes.

En el estudio que se presenta se han seguido las normas de buena práctica clínica: los datos son fiables, se protegerán los derechos y la integridad de los sujetos, manteniendo la confidencialidad de sus datos.

Instrumentos de evaluación

Evaluación de la cognición social:

La evaluación se realizó utilizando la versión en español del siguiente instrumento de evaluación:

Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ).

Evalúa los sesgos sociales cognitivos a partir de diversas viñetas en las que se encuentran diversas situaciones en las que las intenciones de los personajes son ambiguas, intencionales o accidentales. El paciente tiene que calificar en una escala de Likert por qué cree que el protagonista actúa de esa manera (subescala AIHQ-HB: hostilidad), si la otra persona actuó a propósito (subescala AIHQ-IS: intencionalidad) y lo mucho que lo culparía (subescala AIHQ-BS: culpa). También califica lo enfadado que le hace sentir esa situación (AIHQ-AS: ira) y cómo respondería ante esta situación (AIHQ-AB: agresividad).

Las puntuaciones más altas reflejan atribuciones más hostiles, agresivas, personales y negativas. (Ver Anexo 1).

Llevas tres semanas en un nuevo trabajo. Un día, te cruzas con uno de tus nuevos compañeros. Te acercas y te dispones a saludarle, pero él pasa de largo sin saludar.

HB: ¿Cuál crees que fue la auténtica razón de pasar de largo sin saludarte?

IS: ¿Crees que lo hizo a propósito?

AS: ¿Cuánto te enfada esta situación?

BS: ¿Cuánto culparías a esa persona de pasar de largo sin saludarte?

AB: ¿Qué harías en esa situación?

El Cuestionario de hostilidad de intenciones ambiguas (AIHQ) en su versión original, como medida del sesgo cognitivo social hostil en paranoia, posee unas propiedades psicométricas muy buenas tanto en fiabilidad como en los niveles de consistencia interna, por lo que el AIHQ parece ser una medida fiable (Combs et al; 2007).

Procedimiento

Tras realizar una evaluación de screening para comprobar si el paciente o control cumple criterios de inclusión/exclusión, se realizó una evaluación basal donde se recogían en los Cuadernos de Recogida de Datos (CRD) los datos sociodemográficos y clínicos recogidos habitualmente en el Programa de Psicosis del Hospital Universitario 12 de Octubre. Todos los participantes fueron informados y firmaron el documento de consentimiento informado previo a su inclusión en el estudio.

En cuanto a los pacientes, el clínico estuvo a cargo de la valoración previa para determinar los criterios de inclusión/exclusión y de la selección final de los participantes.

Los controles fueron seleccionados entre personal no facultativo del Hospital 12 de Octubre así como entre conocidos.

El proceso de evaluación se llevó a cabo en una visita. En esta visita se recogieron las variables de cognición social dentro del dominio de estilo atribucional mediante el Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ).

Una vez concluido el proceso de evaluación, se procedió a la corrección de las pruebas, y a la introducción de los datos y gestión de la base de datos para finalmente llevar a cabo el análisis de los resultados.

Análisis estadístico

Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS para Windows, V. 22.

Para los análisis descriptivos se calculó la media y la desviación estándar en el caso de variables cuantitativas y, la distribución de frecuencias en las variables cualitativas, describiéndose estas últimas mediante valor absoluto y porcentaje. Las comparaciones de variables cuantitativas se realizaron mediante prueba t y la comparación de las variables cualitativas se realizó mediante la prueba chi-cuadrado.

En cuanto a la estadística inferencial para evaluar las variables del sesgo atribucional entre los dos grupos, se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes.

En todos los análisis se utilizó un nivel de significación (α) de 0,05.

Resultados

Características Sociodemográficas

Las características sociodemográficas de la muestra se reflejan en la tabla 1.

Como puede verse, los sujetos controles tienen una media de edad de 30,20 años (DT:7,5) y la muestra de pacientes de 26,89 (DT:6,3), no siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,150$). En relación al género, el porcentaje de varones en los controles es del 55% siendo inferior al 78,9% de los pacientes, no encontrándose diferencias significativas ($p=0,113$). Respecto al estado civil, existe un predominio general de solteros tanto en pacientes como controles no existiendo asimismo

diferencias significativas ($p=0,279$). En cuanto a la etnia, sí que existen diferencias significativas entre los grupos ($p=0,029$), con un porcentaje de 47,4% de pacientes no caucásicos frente al 15% de sujetos control. Finalmente, la media de nivel de estudios máximos alcanzado en años, es de 14,25 (DT:1,94) en los sujetos controles y 11,47 (DT:2,98) en pacientes, existiendo diferencias significativas ($p=0,001$).

		CONTROLES (n=20)	PACIENTES (n=19)	
		Media (DT) o número (%)	Media (DT) o número (%)	Estadístico (Sig.)
Edad		30.20 (7.5)	26.89 (6.3)	$t=-1.46$ ($p=0.150$)
Género	Varones	11 (55%)	15 (78,9%)	$\chi^2=2.51$ ($p=0.113$)
	Mujeres	9 (45%)	4 (21.1%)	
Estado Civil	Casado	5 (25%)	2 (10.5%)	$\chi^2=2.552$ ($p=0.279$)
	Soltero	14 (70%)	17 (89.5%)	
	Otros	1 (5%)	0 (0%)	
Etnia	Caucásica	17 (85%)	10 (52.6%)	$\chi^2=4.792$ ($p=0.029$)
	No Caucásica	3 (15%)	9 (47.4%)	
Nivel de estudios	Universitarios	6 (30%)	5 (26.3%)	$\chi^2=2.221$ ($p=0.329$)
	Medios	14 (70%)	12 (63.2%)	
	Primarios	0 (0%)	2 (10.5%)	
Nivel de estudios (años)		14.25 (1.94)	11.47 (2.98)	$t=-3.45$ ($p=0.001$)

Tabla 1. Características sociodemográficas. Los valores de las variables cuantitativas se expresan en media y desviación estándar. Las cualitativas en número y porcentaje.

Resultados AIHQ

Las variables de sesgo atribucional de la muestra control comparada con los pacientes (PEPs) pueden observarse en la tabla 2 y gráficamente en las figuras 2 y 3.

Se ha comprobado que se cumple el supuesto de normalidad en las variables dependientes de acuerdo al estadístico de Kolmogorov-Smirnov.

Se puede apreciar que la puntuación total obtenida en el AIHQ para el sesgo de Hostilidad en los pacientes ($24,63 \pm 6,62$) es mayor que en grupo control ($18,50 \pm 2,30$) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Así mismo, la puntuación total en el AIHQ para culpabilidad, en los pacientes ($45,63 \pm 11,63$) es superior que en los controles ($39,55 \pm 9,56$), no siendo ésta significativa ($p = 0,08$). En cuanto a las puntuaciones totales obtenidas en agresividad, son superiores las obtenidas por los pacientes ($26,47 \pm 5,94$) respecto a las de los sujetos control ($20,00 \pm 3,06$), siendo éstas estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Véase figura 2.

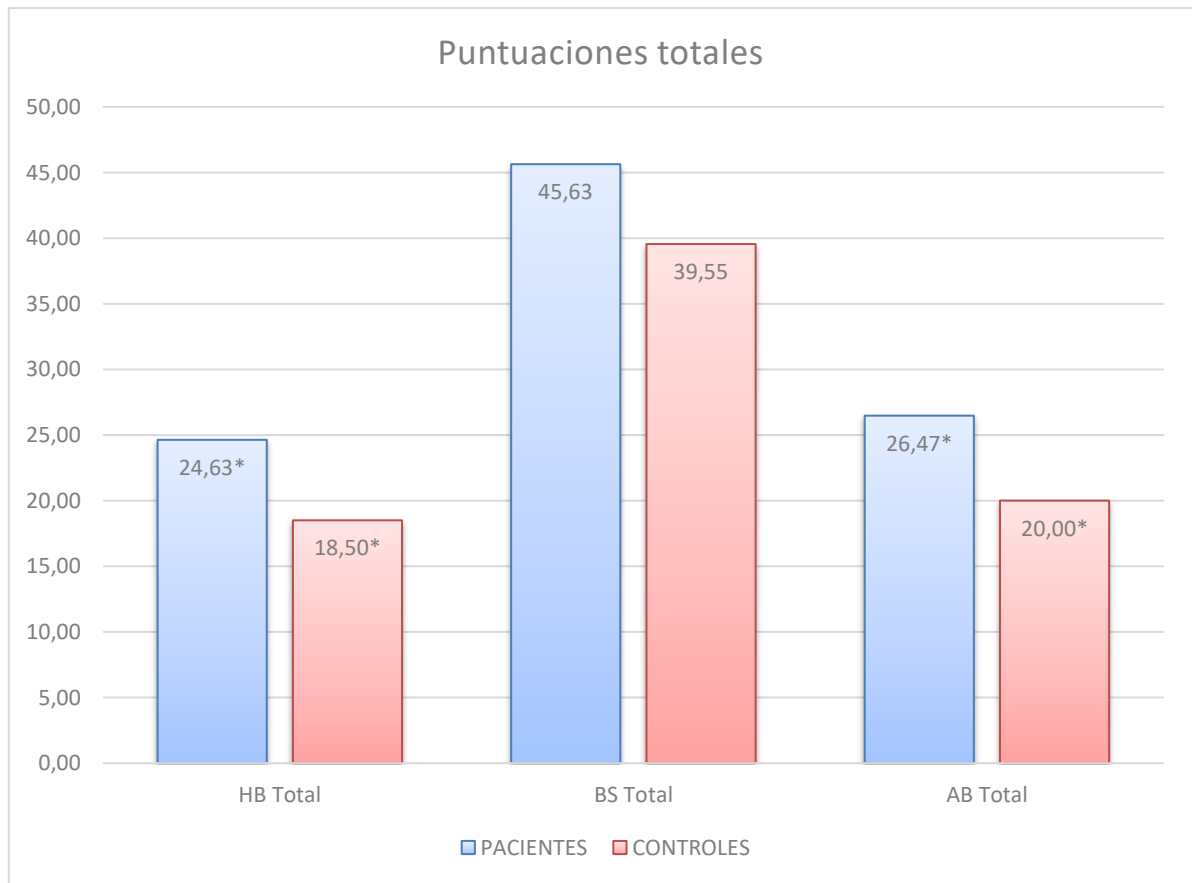


Figura 2. Puntuaciones totales obtenidas en Hostilidad (HB), Culpa (BS) y Agresividad (AB). Sig.<0,05.

En el análisis pormenorizado situacional, observamos que todas las puntuaciones totales han sido superiores en los pacientes que en controles para todas las situaciones analizadas (ambiguas, intencionales y accidentales). Véase figura 3.

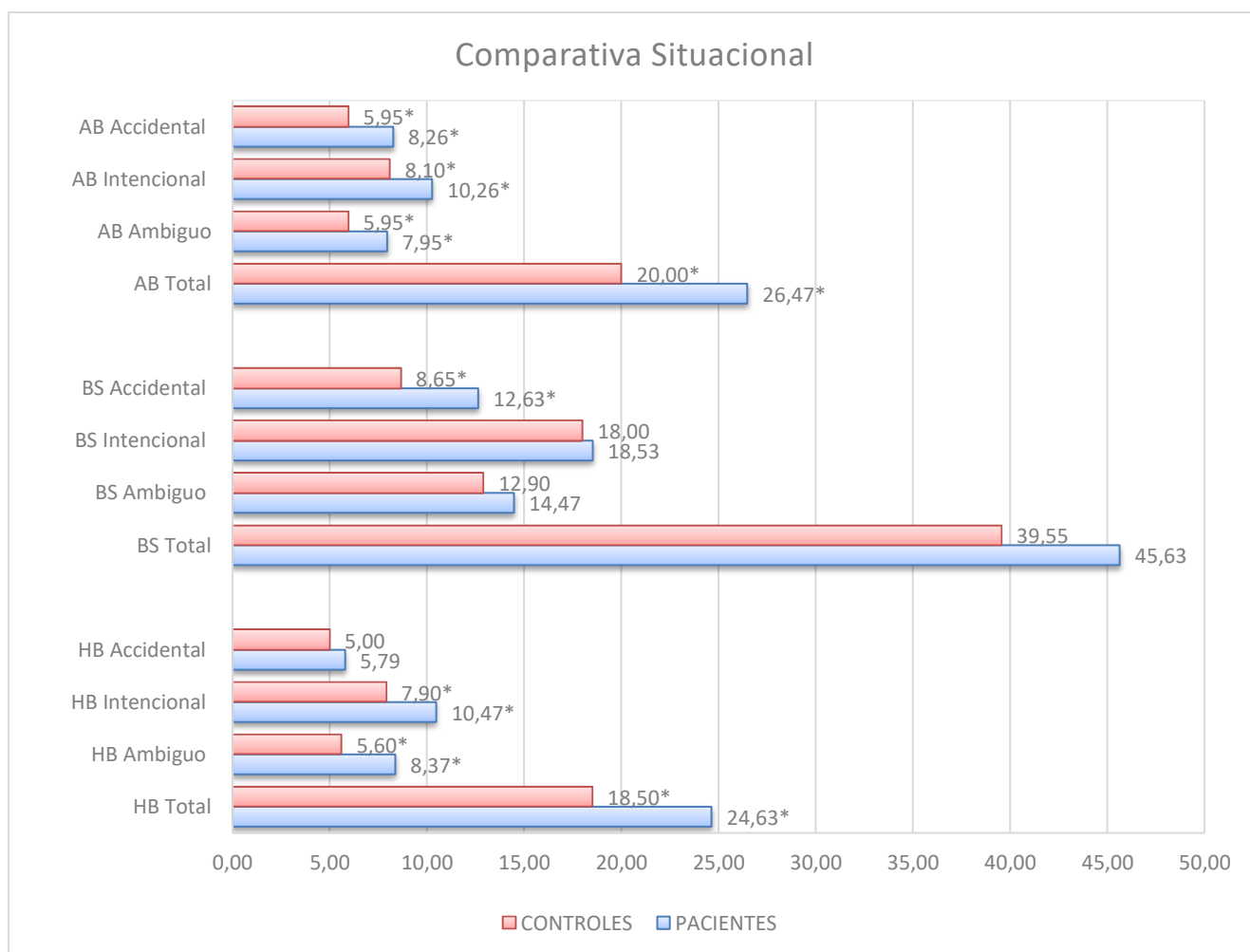


Figura3. Comparativa situacional. Agresividad (AB), Culpa (BS) y Hostilidad (HB). Sig.<0,05.

Resultados Sesgo Agresividad

Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre el grupo pacientes y el grupo de controles para el sesgo agresividad en las tres situaciones analizadas; ambiguas ($p=0,000$), intencionales ($p=0,002$) y accidentales ($p=0,005$).

Resultados Sesgo Hostilidad

Se han encontrado diferencias significativas para el sesgo de hostilidad en las puntuaciones obtenidas en situaciones ambiguas ($p=0,000$) e intencionales ($p=0,004$). Sin embargo, la diferencia entre pacientes y controles no ha sido significativa para las situaciones accidentales ($p=0,118$).

Resultados Sesgo Culpabilidad

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para puntuaciones de culpa únicamente en situaciones accidentales ($p=0,007$). Sin embargo, las diferencias no han sido significativas para situaciones ambiguas ($p=0,232$) e intencionales ($p=0,721$).

Estadísticos de grupo y prueba de muestras independientes				
			Prueba T para la igualdad de medias	
	Pacientes (n=19)	Controles (n=20)	t	Sig. (bilateral)
	Media (DT)	Media (DT)		
HB Total	24,63 (6,62)	18,50 (2,30)	5,201	,000
HB Situaciones Ambiguas	8,37 (2,65)	5,60 (0,68)	4,417	,000
HB Situaciones Intencionales	10,47 (3,16)	7,90 (2,04)	3,027	,004
HB Situaciones Accidentales	5,79 (2,09)	5,00 (0)	1,641	,118
BS Total	45,63 (11,63)	39,55 (9,56)	1,787	,082
BS Situaciones Ambiguas	14,47 (4,11)	12,90 (3,97)	1,215	,232
BS Situaciones Intencionales	18,53(4,51)	18,99(4,62)	,359	,721
BS Situaciones Accidentales	12,63 (4,90)	8,65 (3,80)	2,843	,007
AB Total	26,47 (5,94)	20,00 (3,06)	4,241	,000
AB Situaciones Ambiguas	7,95 (1,71)	5,95 (1,23)	4,191	,000
AB Situaciones Intencionales	10,26 (2,44)	8,10 (1,41)	3,361	,002
AB Situaciones Accidentales	8,26 (3,05)	5,95 (0,99)	3,147	,005

Tabla 2. Resultados del análisis estadístico comparando ambos grupos. HB=Hostilidad, BS=Culpa, AB=Agresividad.

Discusión

En relación a la primera hipótesis planteada, los resultados obtenidos la confirman parcialmente. Existen diferencias significativas en el sesgo de hostilidad frente a situaciones ambiguas e intencionales pero no así para las situaciones accidentales entre PEPs y sujetos control. En este estudio, la hostilidad percibida por los pacientes ha sido superior para situaciones intencionales que para situaciones ambiguas, resultados que no se comparten con algunos estudios que reportaron que la hostilidad percibida y el sesgo de atribución puede ser más robusto en situaciones ambiguas (Comb et al., 2007). Estos estudios refieren que un sesgo amenazador, que está estrechamente relacionado con la paranoia, puede ser más evidente en situaciones ambiguas y / o neutrales (Phillips et al., 2000; Kohler et al., 2003; Green y Phillips, 2004). Sin embargo, otros hallazgos si son coincidentes con los encontrados en este estudio, donde se indicaba que los individuos con PEPs percibían significativamente más hostilidad en la intención de los demás en comparación con los controles (An et al., 2010).

Además, las puntuaciones totales de hostilidad percibida para situaciones ambiguas han sido elevadas, encontrándose diferencias estadísticamente significativas respecto a los controles, lo que es coincidente con autores que afirman que las tendencias a percibir hostilidad cuando no existe amenaza también son componentes importantes del estilo de atribución sesgada en psicosis (Comb et al., 2007).

Por otra parte, en este estudio, la puntuación total para el sesgo de hostilidad ha sido significativa y superior en pacientes que en controles, resultados coincidentes con los encontrados en el estudio realizado por Pinkham et al. en el que los pacientes con

diagnósticos dentro del espectro de la esquizofrenia tienen una puntuación más alta que los controles en las subescalas AIHQ sesgo de hostilidad y AIHQ culpa puntuación (Pinkham, Penn, et al., 2016).

En relación a la segunda hipótesis planteada, no se cumple parcialmente. No se han encontrado diferencias significativas en el sesgo de culpabilidad frente a situaciones ambiguas e intencionales entre pacientes y los sujetos control. Sin embargo, sí son significativas las diferencias encontradas en situaciones accidentales. La literatura sugiere que los individuos con PEPs muestran una mayor tendencia a culpar a los demás en situaciones ambiguas (Healey et al., 2016), sin embargo, en este estudio se ha comprobado una mayor tendencia a culpar a los demás en situaciones intencionales.

En relación a la puntuación total para el sesgo de culpabilidad, la puntuación ha sido muy elevada y la diferencia significativa en relación a los sujetos control, lo que resulta coincidente con otros estudios de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, donde se informa de puntuaciones más altas que los controles en la subescala de AIHQ de culpa (Pinkham, Penn, et al., 2016).

Finalmente, respecto a la tercera hipótesis planteada, los resultados obtenidos confirman dicha hipótesis, existen diferencias significativas en puntuaciones de agresividad frente a situaciones ambiguas, intencionales y accidentales entre pacientes y los sujetos control. Las puntuaciones más elevadas de agresividad se observan en situaciones intencionales, seguidas de situaciones ambiguas. Estos resultados no son coincidentes con los reportados en el estudio de An et al. (2010), donde no encontraron diferencias significativas entre los grupos de PEPs y controles en esta variable.

Limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio es el tamaño de la muestra. Al tratarse de un tamaño muestral muy pequeño, no puede ser representativo de la población.

Otra limitación encontrada es la propia de la prueba de evaluación AIHQ. Es una prueba que en su versión española carece de validación psicométrica. Además de que los efectos de orden pueden haber afectado los resultados, ya que las situaciones ambiguas se leían generalmente después de las situaciones accidentales en el AIHQ.

Por último, puede considerarse la no uniformidad en el tratamiento farmacológico de los pacientes. Aunque todos se encontraban estables en el momento de la evaluación, es algo a tener en cuenta principalmente para llevar a cabo estudios longitudinales.

Conclusiones

Según los resultados de este estudio, los pacientes tienden a culpar más a otras personas por eventos negativos que los sujetos control si se percibe que estos eventos causan daños accidentales. Además, presentan puntuaciones más altas en hostilidad y agresión que los controles para todas las situaciones, siendo más significativas las puntuaciones obtenidas para las situaciones ambiguas. Los resultados encontrados son coincidentes con los obtenidos por otros autores, sin embargo, los hallazgos al respecto en la literatura, han sido muy variados, viéndose la necesidad de desarrollar nuevas medidas fiables con el fin de unificar criterios y poder extraer conclusiones extrapolables.

Por otra parte, destacar que se han llevado a cabo relativamente pocos estudios que investiguen el estilo atribucional en los trastornos del espectro esquizofrénico mediante AIHQ.

El análisis futuro podría centrarse en la evaluación del estilo de atribución, la funcionalidad social y los síntomas de los pacientes diagnosticados de primer episodio psicótico para proporcionar una mejor comprensión de cualquier relación causal entre estas variables. Este estudio allana el camino para futuros estudios que examinen el estilo de atribución en estos pacientes con este objetivo.

Bibliografía:

1. Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87(1), 49.
2. Achim, A. M., Sutliff, S., Samson, C., Montreuil, T. C., & Lecomte, T. (2016). Attribution bias and social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 4, 1–3.
3. Addington, D., Addington, J. & Robinson, G. (1999). Attributional style and depression in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 697–700.
4. An, S. K., Kang, J. I., Park, J. Y., Kim, K. R., Lee, S. Y., & Lee, E. (2010). Attribution bias in ultrahigh risk for psychosis and first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 118(1), 54–61.
5. Ballesteros, J. (2013), Brotes psicóticos. Sección de Psiquiatría Fundación Santa Fe de Bogotá. pp. 1330-1332.

6. Bechi, M., & Spangaro, M. (2019). Impact of social cognitive deficits on community functioning. In *Social Cognition in Psychosis* (pp. 89-123). Academic Press.
7. Combs, D. R., Penn, D. L., Wicher, M., & Waldheter, E. (2007). The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): a new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranoia. *Cognitive neuropsychiatry*, 12(2), 128-143.
8. Corrigan, P. & Penn, D. (2004). *Social Cognition and Schizophrenia*, 1st edn. Washington, DC: American Psychological Association.
9. Cowan, T., Le, T. P., & Cohen, A. S. (2019). Social cognition and schizotypy. In *Social Cognition in Psychosis* (pp. 71-88). Academic Press.
10. Domínguez-Martínez, T., Cristóbal-Narváez, P., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2017). Características clínicas y psicosociales de pacientes con Estados Mentales de Alto Riesgo y Primeros Episodios de Psicosis de un Programa de Psicosis Incipiente en Barcelona (España). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(4), 145-156.
11. First, M. B. (2014). Structured clinical interview for the DSM (SCID). *The encyclopedia of clinical psychology*, 1-6.
12. Fornells-Ambrojo, M., & Garety, P. A. (2009). Attributional biases in paranoia: the development and validation of the Achievement and Relationships Attributions Task (ARAT). *Cognitive Neuropsychiatry*, 14(2), 87–109.
13. Green, M., Oliver, B., Crawley, J., Penn, D. & Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: Recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia. *New Approaches Conference. Schizophrenia Bulletin*, 31, 882–887.

14. Green, M.J., Phillips, M.L., 2004. Social threat perception and the evolution of paranoia. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 28, 333–342.
15. Healey, K. M., Bartholomeusz, C. F., & Penn, D. L. (2016). Deficits in social cognition in first episode psychosis: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 50, 108–137.
16. Kohler, C.G., Turner, T.H., Bilker, W.B., Brensinger, C.M., Siegel, S.J., Kanes, S.J., Gur, R.E., Gur, R.C., 2003. Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern. *Am. J. Psychiatry* 160, 1768–1774.
17. Kaptein, A. & Weinman, J. (2004). *Health Psychology*, 1st edn. Oxford: The British Psychological Society and Blackwell Publishing.
18. Keltner, N., Schwecke, L. & Bostrom, C. (2003). *Psychiatric Nursing*, 4th edn. St. Louis, MI: Mosby.
19. Lahera, G., Herrera, S., Reinares, M., Benito, A., Rullas, M., González-Cases, J., & Vieta, E. (2015). Hostile attributions in bipolar disorder and schizophrenia contribute to poor social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(6), 472-482.
20. Lysaker, P., Lancaster, R., Nees, M. & Davis, L. (2004). Attributional style and symptoms as predictors of social function in schizophrenia. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 41, 225–232.
21. Penn, D. (2000). Some reflections on social cognitive research in schizophrenia. *Psychiatry Nursing*, 63, 339–343.
22. Penn, D., Addington, J. & Pinkham, A. (2006). Social cognitive impairments. In: J. Lieberman, T. Stroup & D. Perkins (Eds). *The American Psychiatric Publishing*

- Textbook of Schizophrenia. (pp. 261– 74). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
23. Phillips, M.L., Senior, C., Davis, A.S., 2000. Perception of threat in schizophrenics with persecutory delusions: an investigation using visual scan paths. *Psychol. Med.* 30, 157–167.
 24. Pinkham, A., Penn, D., Perkins, D. & Lieberman, J. (2003). Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160, 815–824.
 25. Polner, B., Pengue, A., Kéri, S., & Moustafa, A. A. (2019). Cognitive and social cognitive deficits in paranoia. In *Social Cognition in Psychosis* (pp. 37-69). Academic Press.
 26. Schmidt, S. J., Mueller, D. R., & Roder, V. (2011). Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: empirical review and new results by structural equation modeling. *Schizophrenia bulletin*, 37(suppl_2), S41-S54.
 27. Van Rheenen, T. E., Ganella, E. P., Bauer, I. E., & Bartholomeusz, C. F. (2019). Characterization of social cognitive deficits on the schizophrenia-bipolar disorder spectrum: An overview of current evidence. In *Social Cognition in Psychosis* (pp. 1-36). Academic Press.
 28. Waldheter, E.J., Jones, N.T., Johnson, E.R., Penn, D., 2005. Utility of social cognition and insight in the prediction of inpatient violence among individuals with a severe mental illness. *J. Nerv. Ment. Dis.* 193 (9), 609–618.
 29. Weiten, W. (2001). Social behaviour. In: W. Weiten (Ed.). *Psychology Themes and Variations*, 5th edn. (pp. 655–694). Belmont, CA: Thomson Learning.

Anexos

Anexo 1: AIHQ

AIHQ CUESTIONARIO DEL RECONOCIMIENTO AMBIGUO DE INTENCIONES

Por favor lea cada una de las situaciones enumeradas a continuación e imagínese que la situación le ocurre a usted. Para cada situación, escriba una breve razón para lo ocurrido. Después, puntúe si considera que la persona actuó a propósito o no. A continuación, se le pide que puntúe el enfado que la situación le hace sentir y cuánto culpa a la otra persona de lo ocurrido. Finalmente, por favor escriba lo que usted haría en esa situación. No se permite una respuesta del tipo "No sabe/ No contesta".

1.- Alguien se te adelanta en la cola del supermercado y dice: "Estoy en un apuro".

A. ¿Cuál crees que era la auténtica razón por la que esa persona se te adelantó en la cola?

B. ¿Se te coló la persona a propósito?

1	2	3	4	5	6
Definitivamente No	Probablemente No	Puede que No	Puede que Sí	Probablemente Sí	Definitivamente Sí

C. ¿Cuánto te enfada esta situación?

1	2	3	4	5
Nada				Muy enfadado

D. ¿Cuánto culparías a esa persona de adelantarse en la cola?

1	2	3	4	5
Nada				Mucho

E. ¿Qué harías en esa situación?

2.- Un amigo tuyo se resbala en el hielo y te empuja al suelo.

A. ¿Cuál crees que fue la auténtica razón de empujarte al suelo?

B. ¿Crees que lo hizo a propósito?

1	2	3	4	5	6
Definitivamente No	Probablemente No	Puede que No	Puede que Sí	Probablemente Sí	Definitivamente Sí

C. ¿Cuánto te enfada esta situación?

1	2	3	4	5
Nada				Muy enfadado

D. ¿Cuánto culparías a esa persona de empujarte al suelo?

1	2	3	4	5
Nada			Mucho	

E. ¿Qué harías en esa situación?

3.- **Llevas tres semanas en un nuevo trabajo. Un día, te cruzas con uno de tus nuevos compañeros. Te acercas y te dispones a saludarle, pero él pasa de largo sin saludarte.**

A. ¿Cuál crees que fue la auténtica razón de pasar de largo sin saludarte?

B. ¿Crees que lo hizo a propósito?

1	2	3	4	5	6
Definitivamente No	Probablemente No	Puede que No	Puede que Sí	Probablemente Sí	Definitivamente Sí

C. ¿Cuánto te enfada esta situación?

1	2	3	4	5
Nada			Muy enfadado	

D. ¿Cuánto culparías a esa persona de pasar de largo sin saludarte?

1	2	3	4	5
Nada			Mucho	

E. ¿Qué harías en esa situación?

4.- **Mientras estás caminando bajo la lluvia, un coche se desvía para evitar atropellar a un gato, atraviesa un charco y te salpica de agua.**

A. ¿Cuál crees que fue la auténtica razón de salpicarte de agua?

B. ¿Crees que lo hizo a propósito?

1	2	3	4	5	6
Definitivamente No	Probablemente No	Puede que No	Puede que Sí	Probablemente Sí	Definitivamente Sí

C. ¿Cuánto te enfada esta situación?

1	2	3	4	5
Nada			Muy enfadado	

D. ¿Cuánto culparías a esa persona de salpicarte de agua?

1	2	3	4	5
Nada			Mucho	

E. ¿Qué harías en esa situación?

5.- **Tienes una cita con alguien importante. Al llegar a su cita, la secretaria te informa de que la persona no está porque se tomó el día libre.**

A. ¿Cuál crees que fue la auténtica razón de no mantener la cita?

B. ¿Crees que lo hizo a propósito?

1	2	3	4	5	6
Definitivamente No	Probablemente No	Puede que No	Puede que Sí	Probablemente Sí	Definitivamente Sí

C. ¿Cuánto te enfada esta situación?

1	2	3	4	5
Nada			Muy enfadado	

D. ¿Cuánto culparías a esa persona de no mantener la cita?

1	2	3	4	5
Nada			Mucho	

E. ¿Qué harías en esa situación?

6.- **Estás sentado en un autobús en un asiento del pasillo. Una persona se sube en la parada, empieza a caminar mientras el autobús arranca y te pisa el pie.**

A. ¿Cuál crees que fue la auténtica razón de pisarte el pie?

B. ¿Crees que lo hizo a propósito?

1	2	3	4	5	6
Definitivamente No	Probablemente No	Puede que No	Puede que Sí	Probablemente Sí	Definitivamente Sí

C. ¿Cuánto te enfada esta situación?

1	2	3	4	5
Nada			Muy enfadado	

D. ¿Cuánto culparías a esa persona de pisarte el pie?

1	2	3	4	5
Nada				Mucho

E. ¿Qué harías en esa situación?

7.- **Tus vecinos están escuchando música a todo volumen. Llamas a la puerta y pides que la bajen. Quince minutos más tarde, la música está fuerte otra vez.**

A. ¿Cuál crees que fue la auténtica razón de que los vecinos subieran de nuevo la música?

B. ¿Crees que lo hicieron a propósito?

1	2	3	4	5	6
Definitivamente No	Probablemente No	Puede que No	Puede que Sí	Probablemente Sí	Definitivamente Sí

C. ¿Cuánto te enfada esta situación?

1	2	3	4	5
Nada				Muy enfadado

D. ¿Cuánto culparías a esas personas de subir de nuevo la música?

1	2	3	4	5
Nada				Mucho

E. ¿Qué harías en esa situación?

8.- **Pasas junto a un grupo de adolescentes en un centro comercial y les escuchas empezar a reírse.**

A. ¿Cuál crees que fue la razón por la que los adolescentes empezaron a reírse al pasar tú junto a ellos?

B. ¿Crees que los adolescentes lo hicieron a propósito?

1	2	3	4	5	6
Definitivamente No	Probablemente No	Puede que No	Puede que Sí	Probablemente Sí	Definitivamente Sí

C. ¿Cuánto te enfada esta situación?

1	2	3	4	5
Nada				Muy enfadado

D. ¿Cuánto culparías a esos adolescentes de reírse al pasar junto a ellos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Nada Mucho

E. ¿Qué harías en esa situación?

9.- Estás conduciendo y la persona del coche de detrás toca el claxon y luego se te cruza en la carretera.

A. ¿Cuál crees que es la auténtica razón por la que se te cruza?

B. ¿Crees que esa persona lo hizo a propósito?

1	2	3	4	5	6
Definitivamente No	Probablemente No	Puede que No	Puede que Sí	Probablemente Sí	Definitivamente Sí

C. ¿Cuánto te enfada esta situación?

1 2 3 4 5

Nada Muy enfadado

D. ¿Cuánto culparías a esa persona de cruzarse en la carretera?

1 2 3 4 5

Nada Mucho

E. ¿Qué harías en esa situación?

10.- Has quedado a comer en un restaurante con un nuevo amigo, pero él/ella nunca llega a aparecer.

A. ¿Cuál crees que es la auténtica razón por la que no llega a aparecer en el restaurante?

B. ¿Crees que esa persona lo hizo a propósito?

1	2	3	4	5	6
Definitivamente No	Probablemente No	Puede que No	Puede que Sí	Probablemente Sí	Definitivamente Sí

C. ¿Cuánto te enfada esta situación?

1 2 3 4 5

Nada Muy enfadado

D. ¿Cuánto culparías a esa persona de no aparecer en el restaurante?

1	2	3	4	5
Nada			Mucho	

E. ¿Qué harías en esa situación?

11.- Estás buscando plaza de aparcamiento durante un rato. Cuando ves una plaza libre, pones el intermitente, te acercas al sitio, pero alguien se te adelanta y aparca su coche en la plaza.

A. ¿Cuál crees que es la auténtica razón por la que la persona del otro coche utilizó tu plaza libre?

B. ¿Crees que esa persona lo hizo a propósito?

1	2	3	4	5	6
Definitivamente No	Probablemente No	Puede que No	Puede que Sí	Probablemente Sí	Definitivamente Sí

C. ¿Cuánto te enfada esta situación?

1	2	3	4	5
Nada			Muy enfadado	

D. ¿Cuánto culparías a esa persona de utilizar tu plaza libre?

1	2	3	4	5
Nada			Mucho	

E. ¿Qué harías en esa situación?

12.- Estás bailando en un bar y alguien tropieza sobre ti por detrás.

A. ¿Cuál crees que es la auténtica razón por la que la persona tropieza sobre ti?

B. ¿Crees que esa persona lo hizo a propósito?

1	2	3	4	5	6
Definitivamente No	Probablemente No	Puede que No	Puede que Sí	Probablemente Sí	Definitivamente Sí

C. ¿Cuánto te enfada esta situación?

1	2	3	4	5
Nada			Muy enfadado	

D. ¿Cuánto culparías a esa persona de tropezar sobre ti?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Nada

Mucho

E. ¿Qué harías en esa situación?

13.- Llamas a un amigo y le dejas un mensaje en el contestador, pidiéndole que te devuelva la llamada. Una semana después no te ha llamado.

A. ¿Cuál crees que es la auténtica razón por la que la persona no te ha devuelto la llamada?

B. ¿Crees que esa persona lo hizo a propósito?

1	2	3	4	5	6
Definitivamente No	Probablemente No	Puede que No	Puede que Sí	Probablemente Sí	Definitivamente Sí

C. ¿Cuánto te enfada esta situación?

1

2

3

4

5

Nada

Muy enfadado

D. ¿Cuánto culparías a esa persona de no devolverte la llamada?

1

2

3

4

5

Nada

Mucho

E. ¿Qué harías en esa situación?

14.- Estás viendo un partido de fútbol y tomando una cerveza. De repente, el equipo local marca un gol, la gente comienza a aplaudir y alguien golpea tu brazo y te hace derramar la cerveza sobre tu ropa.

A. ¿Cuál crees que es la auténtica razón por la que la persona te ha golpeado el brazo?

B. ¿Crees que esa persona lo hizo a propósito?

1	2	3	4	5	6
Definitivamente No	Probablemente No	Puede que No	Puede que Sí	Probablemente Sí	Definitivamente Sí

C. ¿Cuánto te enfada esta situación?

1

2

3

4

5

Nada

Muy enfadado

D. ¿Cuánto culparías a esa persona de golpearte el brazo?

1

2

3

4

5

Nada

Mucho

E. ¿Qué harías en esa situación?

15.- Un día antes de quedar con alguien, él/ella llama para cancelar la cita. Es la tercera vez consecutiva que hace esto.

A. ¿Cuál crees que es la auténtica razón por la que la persona canceló la cita?

B. ¿Crees que esa persona lo hizo a propósito?

1	2	3	4	5	6
Definitivamente No	Probablemente No	Puede que No	Puede que Sí	Probablemente Sí	Definitivamente Sí

C. ¿Cuánto te enfada esta situación?

1	2	3	4	5
Nada				Muy enfadado

D. ¿Cuánto culparías a esa persona de cancelar la cita?

1	2	3	4	5
Nada				Mucho

E. ¿Qué harías en esa situación?
